

LETÍCIA ROCHA SANTOS MACIEL

**O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E O RISCO DE SUICÍDIO EM
MULHERES ATENDIDAS PELO PROGRAMA DE
ASSISTÊNCIA ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DO DISTRITO
FEDERAL**

BRASÍLIA

2020

LETÍCIA ROCHA SANTOS MACIEL

**O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E O RISCO DE SUICÍDIO EM
MULHERES ATENDIDAS PELO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ÀS
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DO DISTRITO FEDERAL**

Monografia apresentada a Faculdade
de Ciências da Educação e Saúde
para obtenção do grau de bacharel em
Medicina.

Orientador: Prof. Msc Gustavo
Carvalho de Oliveira

BRASÍLIA

2020

LETÍCIA ROCHA SANTOS MACIEL

**O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E O RISCO DE SUICÍDIO EM MULHERES
ATENDIDAS PELO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
DO DISTRITO FEDERAL**

Monografia apresentada a Faculdade
de Ciências da Educação e Saúde
para obtenção do grau de bacharel em
Medicina.

Brasília, 18 de novembro de 2020

Banca Examinadora

Professor Gustavo Carvalho de Oliveira

Presidente da Banca

Professora Karina Aparecida Figueiredo

Examinadora

Professora Samanta Hosokawa Dias de Nóvoa Rocha

Examinadora

Dedico esta monografia aos meus pais e irmãos, pelo amor incondicional e por terem sido os meus maiores incentivadores ao longo do curso de Medicina.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos ao meu orientador, Professor Mestre Gustavo Carvalho de Oliveira, pela sabedoria e excelência na condução deste trabalho. Foi imenso o meu aprendizado. É, com toda a certeza, uma enorme inspiração para mim.

Minha gratidão aos profissionais do Programa de Atenção às vítimas de violência do Hospital Regional da Asa Norte, pela disponibilidade e contribuição com o desenvolvimento deste trabalho.

E a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram com a elaboração desta monografia, meu muito obrigada.

RESUMO

Introdução: A violência sexual tem sido reconhecida como um grave problema de saúde pública e social, resultando não só em grande impacto físico e psicológico, mas em problemas de comportamento para as vítimas. Este trabalho buscou analisar o perfil epidemiológico de mulheres adultas vítimas de violência sexual e a prevalência de comportamento suicida, como uma de suas principais repercussões, permitindo-se conhecer essa população e propor possíveis medidas de prevenção de tais eventos, melhora da adesão e maior acesso ao serviço. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo e descritivo, realizado através da análise de prontuários de mulheres acima de 18 anos, acolhidas em um serviço de atendimento às vítimas de violência, em um hospital da rede pública do Distrito Federal. As variáveis analisadas foram organizadas da seguinte forma: perfil das vítimas, características da violência e do agressor, repercussões da violência, comportamento suicida, presença de rede de apoio e adesão ao tratamento. **Resultados:** A amostra do estudo foi composta por 159 prontuários; desses, 69 pertenciam a vítimas de violência sexual. O perfil encontrado revelou uma maioria de vítimas pardas, de 20 a 39 anos, mulher cis, heterossexuais, solteiras, com ensino médio completo e renda familiar de até 3 salários mínimos. A violência sexual mais praticada foi o estupro, com alta recorrência e associada a outras formas de violência. A maioria das violências foi perpetrada por amigos/conhecidos, do sexo masculino, na faixa etária de 25 a 59 anos, na residência da vítima. Quanto às repercussões, a prevalência de comportamento violento e suicida se mostraram elevadas, com altos índices de recorrência. A maioria das vítimas relatou possuir rede apoio e adesão ao tratamento. **Conclusões:** Mulheres que sofreram violência sexual estão mais sujeitas ao adoecimento psíquico, encontram-se vulneráveis e em alto risco de suicídio. Há uma forte associação entre violência sexual e a presença de comportamento suicida, sendo esta pesquisa original ao se estudarem essas associações em mulheres atendidas no PAV. A implementação de estratégias de prevenção é necessária, além da identificação precoce com diminuição dos prejuízos e consequências da violência.

Palavras-chave: Violência. Violência contra a mulher. Violência sexual. Ideação suicida. Suicídio.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Perfil de autores da violência -----	25
GRÁFICO 2 - Características do local da violência -----	26
GRÁFICO 3 - Prevalência dos transtornos psiquiátricos -----	27
GRÁFICO 4 - Adesão ao tratamento -----	29

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Indicadores gerais da amostra -----	23
TABELA 2 - Indicadores das violências -----	24
TABELA 3 - Presença de comportamento suicida -----	28

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
3	MÉTODO	20
4	RESULTADOS	22
4.1	PERFIL DAS VÍTIMAS	22
4.2	CARACTERÍSTICAS DA VIOLÊNCIA E DO AGRESSOR	24
4.3	REPERCUSSÕES DA VIOLÊNCIA	26
4.4	REDE DE APOIO E ADEÇÃO AO TRATAMENTO	29
5	DISCUSSÃO	31
6	CONCLUSÕES	38
	REFERÊNCIAS	40
	APÊNDICES	46
	APÊNDICE A - Ficha de Coleta de Dados	46
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	51
	ANEXO	56
	ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP UniCEUB - Plataforma Brasil	56

1 INTRODUÇÃO

Violência caracteriza-se por um mecanismo de controle, gerando algum tipo de dano, sendo definida como o uso intencional da força ou poder, em ameaça ou real, podendo ser coletiva, auto infligida ou interpessoal, resultando ou com possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico ou privação de desenvolvimento (OMS, 2002).

As diversas práticas violentas começaram a ser discutidas a partir do século XIX, sendo que, no Brasil, a violência começou a ser mais debatida a partir da década de 1980 (COELHO, 2018). De acordo com Hayeck (2009), é importante ter cautela ao se falar no conceito de violência, por poder apresentar vários significados e diferentes definições.

A violência é um dispositivo de controle aberto e contínuo, relação social caracterizada por uso real ou virtual da coerção, que impede o reconhecimento do outro, pessoa, classe, gênero ou raça, mediante o uso da força ou da coerção, provocando algum tipo de dano, oposto às possibilidades da sociedade democrática contemporânea (SANTOS, 1996). Há uma clara relação entre ato e ação praticada e a intenção do indivíduo que apresenta ou se envolve em um comportamento violento, definindo-a como “qualquer ação intencional perpetrada por indivíduo, grupo, instituição, classes ou nações, dirigida a outrem, que cause prejuízos, danos físicos, sociais, psicológicos e/ou espirituais” (MINAYO e SOUZA, 1997).

Com a resolução WHO 49.5 da World Health Assembly, de 1996, a violência foi estabelecida como um dos principais problemas de saúde pública. Assim, a OMS organizou uma tipologia para caracterização dos diferentes tipos de violência e suas relações entre si. Tal tipologia contribui para a compreensão dos complexos padrões de violência no dia-a-dia das pessoas, famílias e comunidades, apesar de que nem sempre serem claras as fronteiras entre os tipos de violência (COELHO, 2018).

Os atos violentos podem ser classificados em 4 tipos, de acordo com a natureza dos atos: físicos, psicológicos, negligência ou abandono e sexuais. O **abuso físico** ocorre quando há uso de força para produzir injúrias, feridas, dor ou incapacidade em outrem, podendo ser subdividido quanto à gravidade em ato

moderado (ameaças não relacionadas a abusos sexuais e sem uso de armas; agressões contra animais ou objetos pessoais; violência física (empurrões, tapas, beliscões, sem uso de instrumentos perfurantes, cortantes ou que causem contusões) e severo (agressões físicas que causem lesões temporárias; ameaças com armas; agressões físicas que causem cicatrizes, lesões permanentes, queimaduras; uso de arma). O **psicológico**, com agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou isolá-la do convívio social. A **negligência ou abandono**, à ausência, recusa ou deserção de cuidados necessários a alguém que deveria receber atenção e cuidados. O **sexual** se refere ao ato ou jogo sexual que ocorre na relação hetero ou homossexual, visando estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças (WHO, 2002; BRASIL, 2006; COELHO, 2018).

Os atos violentos também podem ser classificados de acordo com o grupo contra o qual ele é realizado. **Intrafamiliar**: toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, integridade física e psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família, considerando além de mulher e ambiente domiciliar, crianças, irmãos, homens e idosos; cometido dentro ou fora de casa, por algum membro da família, mesmo sem laços de consanguinidade (BRASIL, 2001; COELHO, 2018). **Doméstica**: advinda do feminismo dos anos 60, sendo limitada por conotação social e espacial restringida ao ambiente doméstico. **Contra a mulher**: todo ato de violência contra o sexo feminino, que tenha ou possa ter como resultado um dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, incluindo ameaças de tais atos, coação ou privação da liberdade na vida pública ou privada, de acordo com a Assembleia Geral das Nações Unidas. E **violência no casal**, que pode acontecer antes, durante e depois do estabelecimento de uma relação formal entre duas pessoas de sexos diferentes ou do mesmo sexo; pode ocorrer dentro ou fora do espaço social e físico doméstico ou familiar, com intenção de causar dano físico, psíquico, jurídico, econômico, social, moral ou sexual (CANTERA, 2007; COELHO, 2018).

A forma mais experimentada por mulheres é a violência física, considerada a ponta do “iceberg”, visto que a pessoa em situação de violência provavelmente já sofreu ou sofre os demais tipos (COELHO, 2018).

A violência sexual pode ser definida como qualquer ato sexual ou tentativa de obter ato sexual, sem o consentimento da vítima. A violência pode ser exercida com uso da força ou ameaça, mas também com chantagem, suborno ou manipulação (SOUZA, 2005). Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), a violência sexual contra a mulher é definida como “qualquer ato ou conduta baseado na diferença de gênero, que gere dano ou sofrimento, físico, sexual ou psicológico à vítima e morte”. O agressor é responsável por aterrorizar, degradar, humilhar e dominá-la. Pode ou não ser acompanhada de violência física e possui diferentes formas e níveis de gravidade. Esse conceito abre uma discussão sobre a condição de fragilidade em que as mulheres estão colocadas diante do homem, justificando-se, assim, a maior prevalência da violência sexual entre as mulheres (LIMA, 2014). A violência sexual se refere à violação de direitos sexuais, no sentido de abusar ou explorar do corpo e da sexualidade de outro indivíduo. A exploração se refere à relação mercantil, ao comércio do corpo/sexo, e se caracteriza em quatro formas: pornografia, tráfico, turismo sexual e prostituição. O abuso sexual está relacionado a qualquer ação de interesse sexual de adultos em relação a uma criança ou adolescente (FLORENTINO, 2015).

A violência sexual pode ser dividida em intrafamiliar, extrafamiliar ou institucional. Na **intrafamiliar**, há convívio do agressor no mesmo ambiente da vítima, que geralmente é um membro da família nuclear. A **extrafamiliar** ocorre quando o ato é realizado por indivíduo que não faz parte da família, podendo inclusive ser um conhecido da vítima. Já a **institucional**, ocorre em instituições sociais que tem o intuito de proteger os direitos dos indivíduos, como escolas, creches e hospitais. A violência sexual mais notificada é a extrafamiliar (CABRAL, 2015). Porém, a intrafamiliar é a forma mais comum de violência na nossa cultura, causando consequências psíquicas extremamente danosas às vítimas (FLORENTINO, 2015).

O estupro é uma forma de violência sexual definida, pelo Ministério da Saúde, como o ato de constranger alguém mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso. Atos sexualmente violentos podem acontecer com ambos os sexos e em qualquer faixa etária. Há uma maior prevalência do abuso sexual em mulheres da faixa etária infanto-juvenil e em jovens adultas, destacando-se a condição de fragilidade das mulheres em relação aos homens, que é determinada pela sujeição ao poder exercido

pelo mais velho sobre o mais novo ou pela assimetria de gênero. Esses aspectos têm relação com a construção social e a histórica opressão do sexo feminino em relação ao masculino (NUNES, 2017).

A violência sexual gera diversas consequências em todos os aspectos da condição humana, compreendidos no âmbito físico, psíquico, social, sexual, entre outros, o que pode comprometer seriamente a vida do indivíduo vítima de violência (MS, 2006). Quando o corpo é violado, as vítimas reagem de forma somática independentemente da idade, pelo despertar de sensações novas que não tiveram oportunidade de serem integradas (FLORENTINO, 2015).

Três aspectos devem ser considerados no processo de compreensão das consequências desses abusos na vida futuras dessas vítimas: o perfil do agressor, a dinâmica em que a vítima foi envolvida e o contexto em que ocorre o abuso. Para que este se encerre, são necessárias medidas relacionadas à revelação do ato. Quando isto não ocorre, a vítima continua exposta ao risco, o que provoca consequências negativas em seu desenvolvimento (KRINDGES, 2016).

Dessa forma, a experiência abusiva constitui um trauma que acompanhará o indivíduo em todos relacionamentos interpessoais futuros, resultando em sofrimento intenso, desencadeando baixa autoestima, ansiedade, depressão, ideação e tentativa de suicídio, comportamentos autodestrutivos e problemas na esfera sexual (LIRA, 2017).

No Distrito Federal, em acordo com políticas nacionais, foi criado o Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV). As vítimas de violência têm acesso ao programa, existente em todos os hospitais regionais públicos do Distrito Federal, por livre procura e por encaminhamentos institucionais e intersetoriais. Após o acolhimento da vítima, é traçado um plano terapêutico específico e definido o atendimento. Os atendimentos são realizados a partir de abordagem biopsicossocial e interdisciplinar, em articulação com a rede. Há promoção da cultura de paz e à saúde, prevenção de violência, educação em saúde e notificação e vigilância dos casos de violência. O PAV proporciona assistência especializada às vítimas e a seus familiares, aos agressores adolescentes e suas famílias e aos agressores adultos (SILVA, 2017). O objetivo do programa é oferecer apoio psicossocial, prevenir

ocorrências e reincidência, sendo a maior demanda de crianças, mulheres e idosos (MOLL, 2016).

O PAV do Hospital Regional da Asa Norte é chamado de programa Margarida, onde se desenvolve acolhimento de livre demanda em horário comercial, incluindo as modalidades de atendimento individual (psicossocial e médico), familiar e em grupo. O público alvo inclui pessoas acima de 18 anos, adultos em situação de violência, porém o atendimento não se restringe a esse grupo. O programa Margarida atende à demanda da região central do Distrito Federal (MOLL, 2016).

Este trabalho de conclusão de curso é parte de uma pesquisa realizada no Programa de Iniciação Científica/PIBIC do UniCEUB, intitulada: “Análise do perfil epidemiológico de mulheres atendidas pelo Programa de Atenção às vítimas de violência no Distrito Federal”, que avaliou o perfil epidemiológico de mulheres vítimas de violência sexual, acolhidas em um Programa de atendimento às vítimas de violência (PAV), em um hospital da rede pública da região central do Distrito Federal. Foram analisadas informações sobre a vítima e sobre o agressor, as características da violência, as repercussões psíquicas às vítimas e a adesão ao PAV. O presente trabalho teve por objetivo o estudo do perfil epidemiológico dessa população e do comportamento suicida, uma das principais repercussões da violência sexual. O maior conhecimento dessa população permitirá a proposição de estratégias de prevenção, melhora da adesão e maior acesso ao serviço.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A violência é um fenômeno complexo, difuso e multicausal que requer uma visão biopsicossocial e abordagem multidisciplinar. Nem sempre ocupou espaço de prioridade nas agendas do setor saúde, seja na discussão técnica ou na implementação de políticas. A partir da década de 1990, com mudanças no quadro epidemiológico em diversos países, as causas externas passaram a ter grande destaque na morbimortalidade e o fenômeno da violência ganhou visibilidade. No Brasil, os agravos causados pelas causas externas (acidentes e violências), representam a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de 1 a 39 anos (VELOSO et.al, 2013).

Em 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPS) reconheceram mundialmente a morbimortalidade por violência como um grave e relevante problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos, em razão da elevada incidência, da magnitude das sequelas orgânicas e emocionais e das profundas repercussões sociais a que está associada (FACURI, 2013; LIMA, 2014; MOREIRA et. al., 2015; JUNIOR, 2016).

Apesar disso, somente nas últimas décadas a questão da violência no Brasil recebeu atenção especial em pesquisas e nos planos de enfrentamento e intervenção. Assim, tem ocorrido um aumento importante dos estudos na área da saúde sobre o assunto, especialmente sobre a violência contra a mulher (COELHO, 2018). Nesse sentido, uma das ações do Ministério da Saúde tem sido o monitoramento da violência para fins de vigilância epidemiológica. É importante ressaltar que a vigilância epidemiológica de violências pretende, além de obter informações sobre as características desses agravos, subsidiar ações de enfrentamento dos determinantes e condicionantes das causas externas numa perspectiva intersetorial e com base no direito à saúde e à vida. Busca-se, assim, incentivar a formação de redes de atendimento às pessoas vítimas de violências e, dessa forma, garantir atenção integral, promoção da saúde e cultura de paz.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), a violência sexual contra a mulher é definida como “qualquer ato ou conduta baseado na diferença de gênero, que gere dano ou sofrimento, físico, sexual ou psicológico à vítima e morte”. O

agressor é responsável por aterrorizar, degradar, humilhar e dominá-la. Pode ou não ser acompanhada de violência física e possui diferentes formas e níveis de gravidade. Esse conceito abre uma discussão sobre a condição de fragilidade em que as mulheres estão colocadas diante do homem, justificando-se, assim, a maior prevalência da violência sexual entre as mulheres. Isso se relaciona ao contexto sociocultural e histórico de gênero no Brasil, em que as mulheres foram educadas para aceitar variadas formas de dominação e, por vezes, naturalizar discriminações a que são expostas (LIMA, 2014).

É possível dividir as vítimas em duas subpopulações: uma que envolve agressor conhecido (frequentemente intrafamiliar), em que há menor taxa de procura por auxílio, maior número de atos praticados e composta por mulheres mais jovens; e outra por mulheres agredidas por estranho, faixa etária mais velha (idade média de 22 anos), maiores taxas de agressão física, de denúncia e de procura por auxílio (FACURI, 2013). As exatas incidência e prevalência da violência sexual são desconhecidas devido ao problema de subnotificação (DREZETT, 2003).

A violência foi inserida na lista de agravos de notificação compulsória às autoridades de saúde pela [Portaria MS nº. 104/2011](#). Isso fortaleceu a vigilância contínua de violência na SES-DF, com a implantação da ficha de notificação, como agravo contemplado no sistema Nacional. Ao se identificar um caso suspeito ou documentado de violência é obrigação do profissional de saúde preencher ficha de notificação, conforme determinação do [Estatuto da Criança e do Adolescente](#) (art. 13 da Lei nº 8.069/1990), do [Estatuto do Idoso](#) (Lei nº 10.741/2003) e da [Lei nº 10.778](#), de 2003, que trata dos casos de violência contra mulheres atendidas em serviços de saúde públicos e privados. Isso porque a notificação é uma maneira de garantir o controle e proporcionar a visibilidade das situações de violência, possibilitando a identificação do perfil das vítimas e dos agressores, o dimensionamento das demandas de atendimento e o apontamento de estratégias eficazes para a prevenção de novas agressões (MOLL, 2016; SESDF, 2017). Segundo levantamento do ano de 2016, as violências mais notificadas foram a sexual, a física, a psicológica, a negligência e o abandono. As vítimas mais frequentes são crianças e adolescentes de até 19 anos, mulheres e idosos (MOLL, 2016).

De acordo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), considerando todas as faixas etárias, o tipo de violência contra a mulher mais notificado é a violência física (64,8%), seguida da violência psicológica (25,7%), negligência (11,6%) e violência sexual (11,3%). Dentre os tipos de violência contra as mulheres, a sexual, embora não seja o tipo mais frequente, em geral, é vista como aquela que pode causar consequências mais impactantes que as demais. Afeta vários segmentos da sociedade, requerendo ações resolutivas. Mesmo atingindo homens e mulheres em todo o mundo, as mulheres são as principais vítimas desta injúria, em qualquer ciclo de sua vida. Mulheres vítimas de violência sexual estão mais propensas ao desenvolvimento de sintomas psiquiátricos e distúrbios psicossomáticos; além de estarem expostas a contrair doenças sexualmente transmissíveis e terem gravidez indesejada, levando ao aumento da demanda nos serviços de saúde (SOUZA et. al., 2019).

A maior parte das mulheres não registra queixa por constrangimento, medo de humilhação ou por temer a reação do parceiro, familiares, amigos, vizinhos e autoridades. É comum que o agressor ameace a mulher, caso ela revele o ocorrido, e isso gera insegurança para a revelação do ato. O medo de ser desacreditada, com frequentes relatos de discriminação, preconceito, humilhação e abuso de poder em relação às mulheres em situação de violência sexual são outros agravantes. Quando o ato é revelado e há acompanhamento psicológico nos serviços de atenção às vítimas de violência sexual, essas mulheres podem superar tais sentimentos, justificando-se, assim, a necessidade de maior divulgação dos serviços de atendimento especializado, bem como dos benefícios preventivos e curativos para a saúde dessas vítimas (PORTO, 2014).

A violência sexual pode ter complicações a curto e a longo prazo, especialmente na falta de atendimento adequado, como as infecções sexualmente transmissíveis (Hepatites B e C, Sífilis, Gonorreia, Clamídia, Tricomonas) e AIDS, gravidez indesejada (trauma físico e psicológico) e aborto inseguro. Possíveis lesões e sequelas físicas, humilhação, vergonha e culpa tornam as mulheres violentadas sexualmente mais vulneráveis a outros tipos de violência, a transtornos psíquicos e a sintomas psiquiátricos. As consequências psicológicas, embora mais difíceis de mensurar, afetam consideravelmente a qualidade de vida da maioria das mulheres e de suas famílias, levando a danos intensos e devastadores, muitas vezes irreparáveis.

(DREZETT, 2003; PORTO, 2014). Destacam-se: Transtorno Depressivo Maior (TDM), Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), Síndrome do Pânico, somatização, comportamento suicida e abuso e dependência de substâncias psicoativas (DREZETT, 2003; FACURI, 2013; LIMA, 2014; PORTO, 2014).

O Transtorno depressivo maior (TDM) é caracterizado por cinco ou mais sintomas dos citados a seguir, por um período de pelo menos duas semanas, sendo obrigatório que um dos sintomas seja o humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias ou a anedonia (perda de interesse ou prazer). Os demais sintomas são: perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (por exemplo, mais de 5% do peso corporal em um mês); diminuição ou aumento do apetite; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se ou indecisão; comportamento suicida (pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida recorrente sem plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio). Tais manifestações causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento do indivíduo. Esse transtorno pode estar relacionado e coexistir em um mesmo indivíduo, sendo mais prevalentes em mulheres (SADOCK, 2014; PARAVENTI, 2016).

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é caracterizado por preocupação excessiva e persistente, associada a sintomas físicos de hiperatividade autonômica e tensão muscular, na maioria dos dias, por um período de pelo menos seis meses. Nesse transtorno, há sofrimento clinicamente significativo ou incapacidades e seja de difícil controle (KAPLAN, 2014; PARAVENTI, 2016).

O Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) é uma condição clínica decorrente de experiência traumática que coloque em risco a integridade física ou psíquica do indivíduo ou de terceiros ou envolva risco de morte. Possui elevada relação causal com a violência sexual, além de ser mais prevalente no sexo feminino. Indivíduos experimentam, após um período de trinta dias, sintomas de revivescência do evento (manifestado principalmente por pesadelos recorrentes), hipervigilância, hiperatividade autonômica (irritabilidade), evitação de estímulo associado ao evento e sintomas negativos cognitivos e afetivos. Esse transtorno acarreta prejuízo no

funcionamento social, familiar, ocupacional e em outras áreas da vida, comprometendo, conseqüentemente, a qualidade de vida.

Tem se observado uma elevação importante dos estudos sobre violência sexual na área da saúde nas duas últimas décadas, principalmente relacionados à violência contra a mulher. Isso se dá em função de sua alta incidência, das conseqüências que pode causar à saúde física e psicológica das vítimas e, conseqüentemente, do reconhecimento do fenômeno como um grave problema de saúde pública, sendo um evento multifatorial e de difícil enfrentamento. Outra dificuldade é a subnotificação dos casos de violência sexual, que se justifica por diversas causas, como o não reconhecimento e não aceitação por parte da vítima e da família, e também o desconhecimento dos principais por parte dos profissionais de saúde e também de outras áreas. A área da saúde não é a única responsável pelo enfrentamento das situações de violência. Contudo, além de atender os envolvidos, tem a função de elaborar estratégias de prevenção, promovendo a saúde (COELHO, 2018).

As situações apresentadas demonstram a necessidade de haver profissionais treinados, que possuam capacidade de reconhecer uma suspeita de violência sexual, detectando-a precocemente. Outra dificuldade enfrentada no Brasil é a abordagem e o encaminhamento adequado dessa vítima na rede pública de saúde. Frequentemente, os profissionais não conhecem o fluxo de encaminhamento ou há uma incapacidade do sistema de atender à demanda, impedindo-se o início e/ou a continuidade do tratamento. As conseqüências para essas vítimas são impactantes em diversas áreas: social, física, sexual e psíquica. Portanto, medidas que evitem esse tipo de violência são necessárias, bem como oportunizar tratamento adequado para as vítimas, diminuindo os seus prejuízos futuros e melhorando a qualidade de suas vidas.

3 MÉTODO

O presente trabalho é um estudo transversal e retrospectivo de característica descritiva, realizado com informações extraídas de prontuários de mulheres vítimas de violência, atendidas pelo Programa de Atenção às Vítimas de Violência (PAV) na região central de Brasília desde o ano de sua implantação. O PAV Margarida é um serviço credenciado junto ao Ministério da Saúde (MS) em 2016 e funciona no Hospital Regional da Asa Norte.

Os critérios de inclusão foram: pacientes do sexo feminino, com idade maior ou igual a 18 anos, atendidas no PAV Asa Norte desde o período de sua implantação até maio de 2020, e vítimas de violência sexual, associadas ou não a outros tipos de violência. Os critérios de exclusão foram: prontuários físicos em que não foram encontradas fichas de notificação e de acolhimento e pacientes do sexo feminino vítimas de outros tipos de violência (caso não houvesse a sexual).

As variáveis analisadas foram organizadas e categorizadas da maneira a seguir: **Variáveis sociodemográficas** (nome, data de nascimento, raça, orientação sexual, gênero, estado civil, religião, naturalidade, procedência, escolaridade, situação ocupacional, profissão, com quem reside e renda per capita); **Informações sobre a violência sofrida** (data de ocorrência da violência sexual, tipos de violência sexual, recorrência, outros tipos de violências associadas, local de ocorrência, se houve atraso na revelação do ato e de quanto tempo, se revelação foi espontânea, quem identificou/comunicou o caso); **Informações sobre o agressor** (se conhecido ou não, relação com a vítima, ciclo de vida e sexo); **Repercussões da violência** (diagnósticos psiquiátricos e médicos, internação psiquiátrica, medicações em uso, presença de comportamento violento, autoagressão, ideação suicida no momento do acolhimento e tentativa de suicídio); **Relato de rede de apoio**; **Adesão ao tratamento e Tempo de acompanhamento no PAV**.

Os critérios adotados para a definição de adesão total ao tratamento foram: assiduidade às sessões de terapia em grupo, presença em consultas agendadas e relato no prontuário da adesão ao tratamento não farmacológico e farmacológico, caso prescritos. Foi considerado como atraso na revelação do ato, os pacientes que demoraram mais de 1 mês para revelar a violência a alguém ou alguma instituição.

A pesquisa foi submetida ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa e aprovada pelo comitê de ética local sob o registro CAAE 18841219.1.0000.0023.

Todas as participantes ou seus representantes legais leram, concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visto que as informações estudadas são consideradas sensíveis (Anexo B). Todos os dados foram manejados de forma anônima, sem identificação das participantes e os resultados apresentados de forma agregada.

A ficha de coleta de dados de todas as variáveis da pesquisa encontra-se no anexo para apreciação (Anexo A). Após a coleta e registro dos dados, obtidos pelos prontuários das mulheres incluídas no estudo, em Planilha Excel, foram montados e interpretados gráficos, através da mesma plataforma, com análise das variáveis e descrição do perfil epidemiológico das mulheres vítimas de violência sexual acolhidas no PAV Margarida.

4 RESULTADOS

Foram revisados 159 prontuários de pacientes do grupo PAV Margarida; destes, 85 faziam parte do grupo de pacientes ativas no programa e 74 haviam encerrado o acompanhamento. Dos 159 prontuários, 69 eram pacientes vítimas de violência sexual. Nos demais prontuários, havia vítimas de violência física e/ou psicológica.

4.1 PERFIL DAS VÍTIMAS

Dentre as pacientes, 39 são da raça parda (56,5%), 13 da branca (18,8%), 10 da preta (14,4%) e 7 (10,1%) não apresentavam esta informação em prontuário. Com relação a faixa etária, 3 (4,3%) estavam entre 18-19 anos, 41 (59,4%) entre 20-39 anos e 25 (36,2%) entre 40-59 anos. Quanto ao gênero, 61 (88,4%) se identificam como mulher cis e 1 (1,4%) como mulher trans; em 7 prontuários (10,2%) não havia esta descrição. Quanto à orientação sexual, 57 (82,6%) se declararam heterossexuais, 4 (5,8%) homossexuais, 2 (2,9%) bissexuais e apenas 1 (1,4%) assexual; em 5 (7,2%) prontuários não havia informação. A maioria das pacientes, 35 (50,7%), são solteiras, 25 (36,2%) são casadas ou estão em união estável e 8 (11,6%) são divorciadas; em 1 (1,4%) prontuário não havia essa informação. Em relação à naturalidade, 30 (43,5%) são naturais do DF e 31 (44,9%) de outros estados (Maranhão, Minas Gerais, Bahia, Goiás, São Paulo, Rio de Janeiro); em 8 (11,6%) dos prontuários não havia essa informação. Não foi identificada nenhuma estrangeira.

Quanto a escolaridade, 26 (37,6%) vítimas haviam completado ensino médio, 12 (17,9%) o ensino superior, 10 (14,5%) tinham ensino fundamental incompleto, 10 (14,5%) o ensino fundamental completo, 4 (5,9%) o ensino técnico, 3 (4,3%) a pós-graduação e em 4 (5,9%) prontuários não havia esta informação. Com relação à renda familiar, 22 vítimas (31,8%) recebiam 1-3 salários mínimos, 9 (13%) até 1 salário, 8 (11,5%) 3-5 salários, 2 (2,8%) não tinham renda, 1 mais de 5 salários e em 27 (39,1%) prontuários não havia esta informação. Entre as vítimas, no momento da triagem, 29 (42%) estavam empregadas, 21 (30,4%) desempregadas, 10 (14,5%) estudando, 5 (7,2%) eram autônomas, uma estava afastada do trabalho e uma era estagiária; em 2 prontuários não havia esta informação.

Tabela 1 – Indicadores gerais da amostra:

Raça/Etnia		
	FA	FR
Branca	13	18,8%
Parda	39	56,5%
Preta	10	14,4%
Não informado	7	10,1%
Orientação sexual		
	FA	FR
Heterossexual	57	82%
Homossexual	3	4,3%
Bissexual	2	2,9%
Assexual	1	1,4%
Não informado	5	7,2%
Estado Civil		
	FA	FR
Solteira	35	50,7%
União estável/casada	25	36,2%
Divorciadas	8	11,5%
Não informado	1	1,4%
FA: frequência absoluta; FR: frequência relativa.		

Fonte: Elaborada pela autora.

4.2 CARACTERÍSTICAS DA VIOLÊNCIA E DO AGRESSOR

Com relação ao tipo de violência sexual sofrida, 55 pacientes sofreram estupro (79 %) e 18 assédios sexual (26%), 1 pornografia infantil e 1 exploração sexual. Dez vítimas (14,4%) sofreram mais de um tipo de violência sexual. Em 5 prontuários (7,2%) não se encontrava informação sobre o tipo de violência sexual sofrida. Houve atraso na revelação do ato em 54 casos (78,2%), variando entre 1 mês a 42 anos, em que o tempo médio de atraso foi de 16 anos e 4 meses. Além disso, o relato de concomitância de outros tipos de violência foi frequente, acontecendo com 48 vítimas (69,5%), as mais comuns foram: psicológica com 47,8% (33 pacientes) e física, 44,9% (31 pacientes).

Tabela 2 – Indicadores das violências

Tipo de Violência Sexual		
	FA	FR
Estupro	55	79%
Assédio sexual	18	26%
Exploração sexual	1	1,4%
Pornografia infantil	1	1,4%
Outras Violências		
	FA	FR
Psicológica	33	47,8%
Física	31	44,9%
Patrimonial	3	4,3%
Exploração do trabalho infantil	3	4,3%
Tortura	3	4,3%

Financeira 1 1,4%

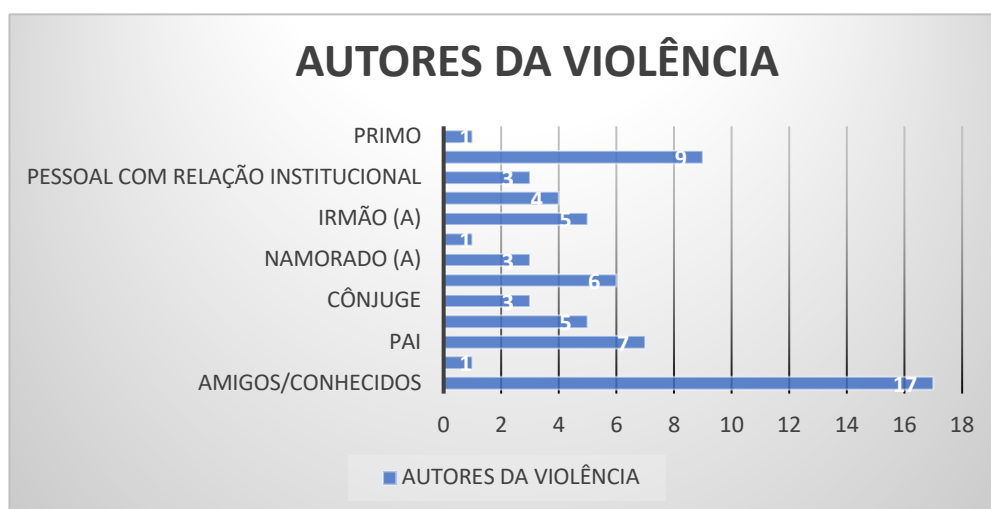
Negligência/abandono 1 1,4%

FA: frequência absoluta; FR: frequência relativa. Alguns pacientes sofreram mais de um tipo de violência sexual e outros tipos de violência.

Fonte: Elaborada pela autora.

Entre as vítimas, 56 (81%) conheciam os agressores, nas quais o abuso intrafamiliar ocorreu em 30 vítimas (43,4%), o extrafamiliar em 32 (46,3%) e o institucional em 7 (10,1%). Dezesete agressores (24%) eram amigos/conhecidos, 9 (13%) tios, 7 (10,1%) pais, 6 (8,6%) ex-cônjuges, os demais se dividiam em irmãos, patrão (a) /chefe cônjuge, namorado, pessoal com relação institucional, padrasto, primo, vizinho e avô. Do total, 9 (13%) vítimas tiveram mais de 1 agressor e em 30 prontuários (43,4%) houve relato de recorrência da violência sexual. E dentre os agressores, a maior parte, representada por 67 (97,1%), foram do sexo masculino; apenas 1 (1,4%) foi do sexo feminino e em 1 (1,4%) prontuário não havia essa informação. Destes, 44 (62,8%,) se concentram na faixa etária de 25 a 59 anos, 8 (11,4%) na faixa de 10 a 19 anos, 7 (10%) na faixa de 20 a 24 anos, 2 (2,8%) na faixa de 60 anos ou mais, 1 na faixa de 0 a 9 anos, em 8 (11,4%) dos prontuários não havia esta informação.

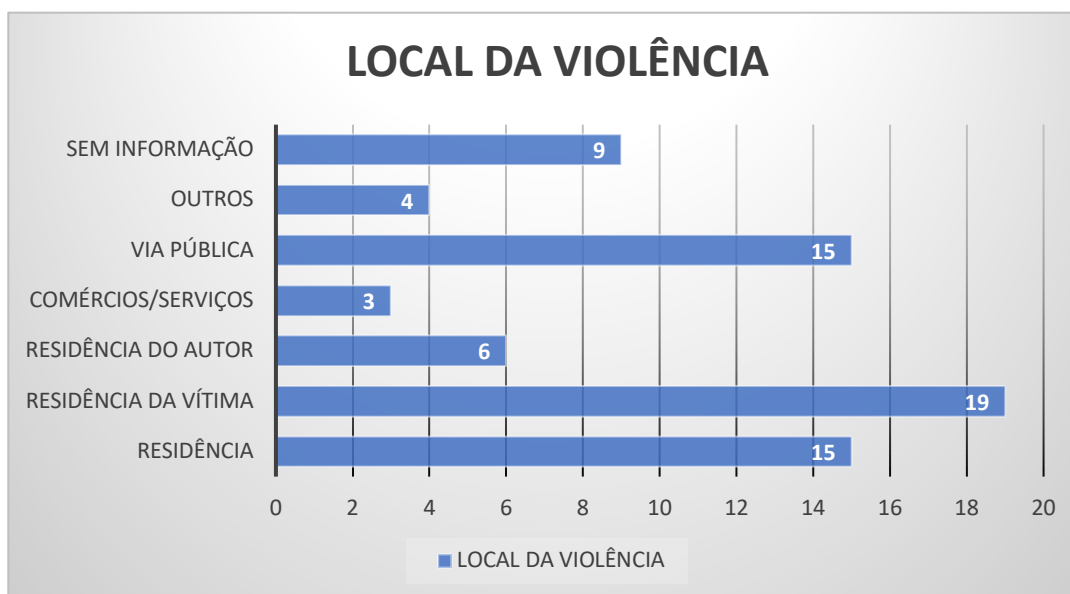
Gráfico 1 – Perfil dos autores da violência



Fonte: Elaborado pela autora.

A residência da vítima foi o local mais prevalente onde o ato aconteceu, 27,5% (19 vítimas), seguido de 21,7% (15) em via pública e 21,7% (15) em Residência não especificada.

Gráfico 2 – Características do local da violência

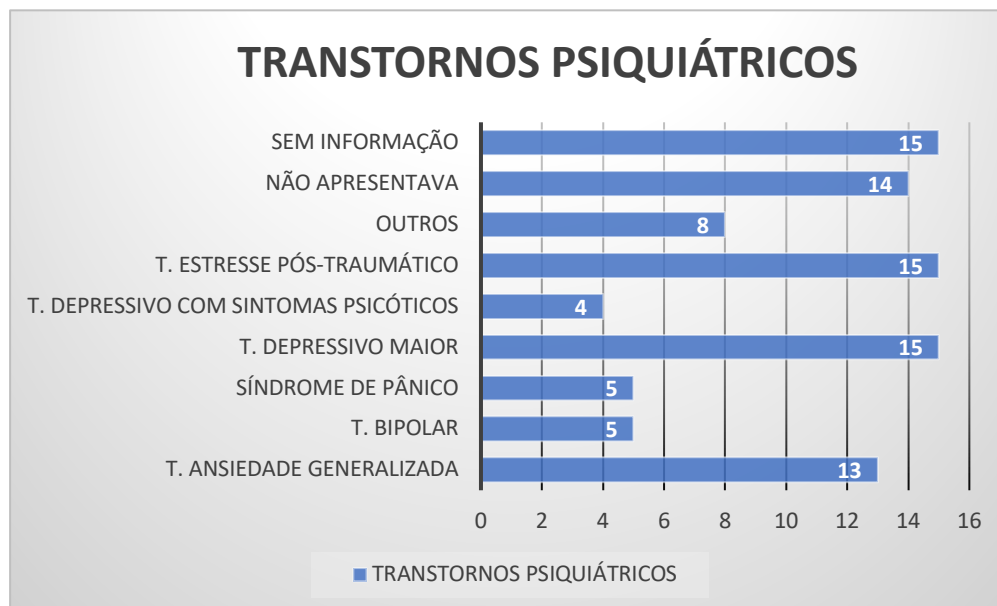


Fonte: Elaborado pela autora.

4.3 REPERCUSSÕES DA VIOLÊNCIA

Entre os pacientes acompanhados, 40 (57,9%) apresentavam pelo menos um diagnóstico psiquiátrico, 15 (21,7%) prontuários com relato de Transtorno de estresse pós-traumático e 15 (21,7%) com Transtorno Depressivo Maior, seguidos de 13 (18,8%) com Transtorno de Ansiedade Generalizada, 5 (7,2%) com Transtorno Bipolar, 5 com Síndrome do Pânico (7,2%) e 4 (5,7%) com Transtorno Depressivo com sintomas psicóticos. Além disso, 18 (45%) das pacientes com diagnóstico psiquiátrico apresentavam dois ou mais transtornos. Quatorze pacientes (20,2%) não apresentavam diagnóstico psiquiátrico e em 15 (21,7%) prontuários não havia esta informação.

Gráfico 3 – Prevalência dos transtornos psiquiátricos



Fonte: elaborado pela autora.

A presença de comportamento violento foi evidenciada em 36 das pacientes (52,2%); dessas, 35 casos (97,2%) ocorreram após a violência sexual e apenas 1 (2,8%) antes. Vinte e três pacientes (33,3%) não apresentaram esse comportamento e em 10 prontuários (14,5%) não havia esta informação. Entre as que relataram este comportamento, 20 (55,6%) apresentaram melhora; 8 (22,2%) não apresentaram e em 8 (22,2%) prontuários não havia esta informação. Das que apresentaram comportamento violento, 23 (63%) estavam em acompanhamento com a Psiquiatria e possuíam algum transtorno psiquiátrico. Autoagressão foi prevalente em 26 casos (37,7%), todas tendo ocorrido após a violência sexual. Em 32 (46,4%) casos não houve e em 11 (15,9%) não havia esta informação.

Em relação à ideação suicida no momento do acolhimento, 25 das pacientes (36,2%) apresentavam, 32 (46,4%) não apresentavam e 12 (17,4%) fichas não continham esta informação. Das pacientes com relato de ideação suicida, 13 (52%) tinham planejamento e, dessas, 12 (92,3%) tinham acesso ao método pensado. Dentre os métodos a serem utilizados, 3 (4,3%) referiram uso de veneno/medicação ou abuso de bebida alcoólica e 3 (4,3%) enforcamento; os demais, 4 (5,8%) referiram

corte de pulsos ou atirar-se na frente de automóveis. 6 (8,69%) prontuários apenas continham relato de automutilações; a maioria, 47 (68,1%), não continha e em 16 (23,2%) não havia esta informação.

Em relação às tentativas de suicídio, cerca de 25 (36,2%) vítimas apresentaram, 33 (47,8%) não apresentaram e em 11 (16%) prontuários não havia esta informação. Sendo que os 25 (100%) casos ocorreram após a violência sexual. Houve recorrência de tentativa em 14 (56%) casos; em 8 (32%) não houve e em 3 (12%) não havia esta informação. Entre as que tentaram o suicídio, 15 (60%) possuíam histórico de ideação suicida. Sobre os métodos utilizados nas tentativas, intoxicação com medicações/venenos, representados por 13 (52%) casos, foram os mais utilizados por elas. Os demais, representados por 5 (20%), utilizaram outros meios e em 7 (28%) prontuários não havia esta informação.

Tabela 3. Presença de comportamento suicida

Presença de comportamento suicida		
	FA	FR
Ideação	25	36,2%
Planejamento	13	52%
Acesso ao método	12	92,3%
Tentativa	25	36,2%
Recorrência de tentativa	14	56%
FA: frequência absoluta; FR: frequência relativa.		

Fonte: Elaborada pela autora.

Entre as vítimas, 9 passaram por internações psiquiátricas (13%). O uso atual de medicações psiquiátricas está presente em 31 das pacientes (44,9%), e 20 fazem uso combinado de medicações (28,9%). Os fármacos mais utilizados são Fluoxetina, Clonazepam, Escitalopram, Amitriptilina.

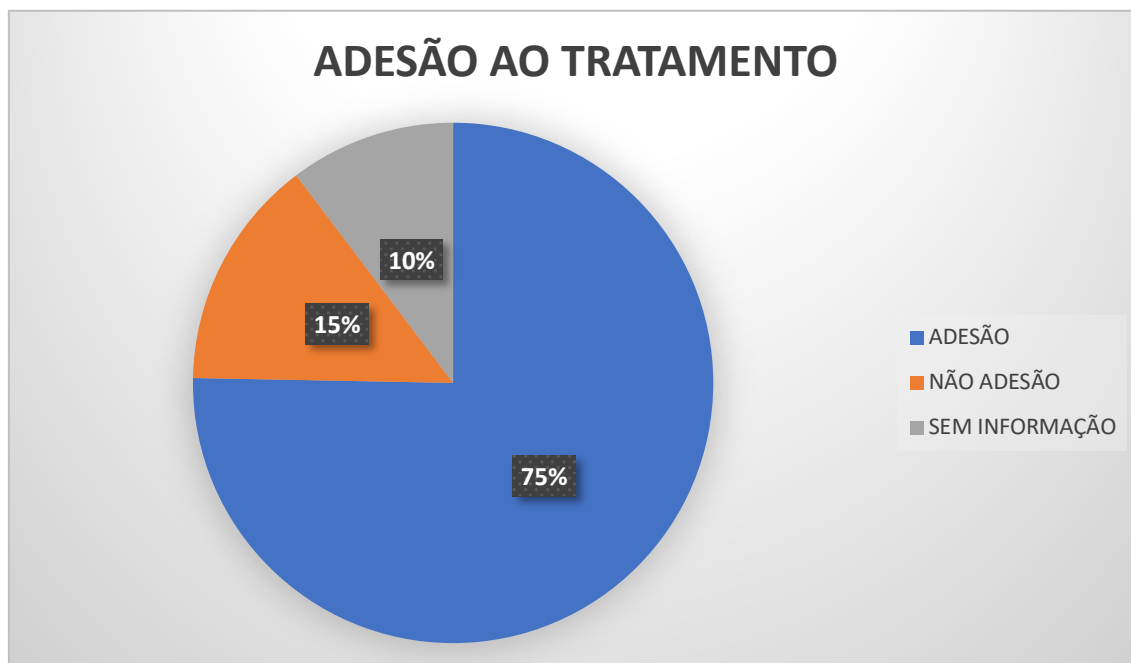
O uso de bebida alcoólica foi descrito em 22 prontuários (31,8%), uso de drogas ilícitas, em 5 (7,24%) e uso de tabaco, em 2 (2,8%). Entre as drogas ilícitas utilizadas, 2 (40%) utilizavam maconha, 1 cocaína e em 2 (40%) prontuários não havia especificação.

4.4 REDE DE APOIO E ADESÃO AO TRATAMENTO

A maior parte das pacientes, 52 (75,3%), apresentavam relato em prontuário de ter rede de apoio, sendo eles amigos e familiares; 12 (17,4%) não possuíam rede de apoio e em 5 (7,2%) prontuários não havia essa informação.

A adesão ao tratamento foi avaliada a partir da assiduidade às sessões de terapia em grupo e do relato em prontuário do uso adequado das medicações. A não adesão ao tratamento foi considerada quando havia descrição de faltas frequentes, não uso dos medicamentos ou de evasão do programa. A partir disso, 52 das pacientes (75,3%) apresentaram adesão ao tratamento e 10 não adesão (14,4%). Não foi possível avaliar a adesão de 7 pacientes (10,1%), por falta de informação nos prontuários.

Gráfico 4. Adesão ao tratamento



Fonte: Elaborada pela autora

O período de acompanhamento no PAV das pacientes estudadas variou entre 2 dias e 8 anos.

Desde a implantação do serviço do PAV, sua organização passou por diversas mudanças, inclusive na forma de registro nos prontuários das pacientes. Dessa forma, há uma importante heterogeneidade, faltando informações em uma parcela dos prontuários, sendo um fator limitante da pesquisa.

5 DISCUSSÃO

Quanto ao perfil das mulheres incluídas na pesquisa, demonstrou-se que se tratam de mulheres jovens, pardas ou negras, heterossexuais, solteiras e com renda familiar de até 3 salários mínimos, sendo a maioria sem emprego formal ou estudantes. Observa-se que as vítimas são uma população com grandes vulnerabilidades. Esse perfil vai ao encontro de outros estudos (ANDRADE et. al. 2001; GOMES et. al. 2006; JUSTINO et. al. 2015). Nunes et. al. (2017) encontraram um perfil de vítimas de violência sexual, em um hospital público de Fortaleza, com base em 112 mulheres (51 adolescentes e 61 adultas), sendo registrada uma maioria, representada por 62 (55,4%) de raça/cor parda, 72 (64,3%) heterossexual e 81 (72,3%) solteiras. LEITE et al, 2017, evidenciaram que a violência sexual praticada por parceiro íntimo foi três vezes maior em mulheres com renda familiar de até 1500 reais/mês (1º tercil) em relação às do 3º tercil de renda (LEITE et al, 2017).

Dentre os tipos de VS, o estupro foi a forma de violência mais notificada, representado por 55 (79%) casos estudados, sendo que, destas vítimas, 10 (14,4%) sofreram mais de um tipo de violência sexual. O relato de concomitância de outros tipos de violência foi recorrente, representado por 45 (69,5%) vítimas, sendo as mais comuns: psicológica, com 33 (47,8%) casos e física, com 31 (44,9%). Esses dados vão ao encontro do trabalho de Nunes et al, 2017, em que o estupro foi mais frequentemente notificado, representado por 92 (95,8%) casos e a maioria das vítimas, 78 (75%), sofreu outros tipos de violência, como física e psicológica.

Houve atraso na revelação do ato em 54 (78,2%) casos, em que o tempo médio de atraso corresponde a 16 anos e 4 meses. A revelação do ato é um momento importante, que na maioria das vezes cessa a de violência, porém é observado que um pacto de silêncio se estabelece e se há atraso na revelação, mais chances de recorrência dessa violência e menos chances de o agressor ser punido (FLORENTINO, 2015), corroborando com os dados apresentados.

Em cerca de 30 (43,4%) casos houve relato de recorrência da violência sexual. Em um outro estudo sobre a violência sexual infantil no Brasil, notou-se que em 36,6% dos casos, havia recorrência da violência/abuso sexual (SANCHES, 2019).

Nota-se o quanto o abuso sexual intrafamiliar e o abuso por parte de conhecidos e amigos foi o mais prevalente na população estudada (68%), percentual próximo de outras pesquisas já produzidas nas quais evidenciaram que 75,9% das vítimas possuem algum tipo de vínculo com o agressor, entre, parentes, companheiros e amigos (ANUÁRIO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2019). A última edição da pesquisa “Visível e Invisível” mostrou que 76,4% das mulheres que sofreram violência no último ano conhecem seus agressores (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019), já a população do PAV margarida, 56 (81%) pacientes conheciam seus agressores, sendo 17 (24%) representados por amigos/conhecidos. Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2019), a maior parte dos agressores (76%) faz parte do círculo familiar ou do círculo de conhecidos/amigos. Na presente pesquisa, a maioria dos agressores, representada por 67 (97,1%), foram do sexo masculino. Os números vão ao encontro da prevalência nacional, que foi de 96,3% autores do sexo masculino (ANUÁRIO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2019). Cerca de 44 (62,8%) deles se concentram na faixa etária de 25 a 59 anos, corroborando com um estudo realizado em Vitória de Santo Antão (PE), em que 58,4% dos agressores de violência sexual de 2008 a 2012 tinham entre 30 e 60 anos (VASCONCELOS, 2016).

Além disso, no presente trabalho, a residência da vítima foi o local mais prevalente onde os atos violentos ocorreram, representado por 27,5% dos casos (N= 19). Tais dados não são inéditos, já que pelo menos desde os anos 1990 diferentes pesquisas têm indicado que o abuso sexual em geral é praticado por membros da família ou de confiança das vítimas, revelando padrões de violência intrafamiliar (MEES, 2001; RIBEIRO et. al. 2004; AZAMBUJA, 2006; DESLANDES, 2011). Pelo fato de a maior parte dos agressores serem conhecidos e terem acesso ao ambiente doméstico da vítima ou até mesmo habitá-lo, nota-se que a maior parte das violências sexuais no Brasil estão relacionadas a familiares, vizinhos e amigos com contato prévio com as vítimas. Destaca-se um fenômeno importante, com o advento da pandemia, em 2019 o percentual de ocorrência em residência de violência sexual era de 58,3% e em 2020 esse número aumentou para 67,1%; constituindo paradoxo, em

que a residência passa de local de proteção para um local de agressão (INSTITUTO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020).

Contextualizando-se ao atual cenário pandêmico, sabe-se que as medidas de isolamento social representam fatores de risco para um aumento da violência doméstica já que há um maior estresse causado por fatores sociais, psicológicos e econômicos; um maior contato íntimo entre a vítima e o agressor (espaço e tempo compartilhado) e um menor contato com seus amigos e familiares. Tudo isso facilita o controle da vítima, dificultando os meios para escapar do abuso, como evitar o acesso, por telefone, computador e/ou outras tecnologias, a familiares e amigos (SACCO, 2020; KAUKINEN, 2020).

Outro dado importante é a prevalência de vítimas que possuem vínculo com os agressores, representada por 56 vítimas (81%), além da recorrência alta da violência sexual, representada por 30 casos (43,4%), o que mostra a necessidade de ações direcionadas às famílias, como orientação e informação sobre violência doméstica e seus diferentes tipos, divulgação de rede de apoio às mulheres do Distrito Federal, como as Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (DEAMs), nas quais consistem em unidades que promovem ações de prevenção, proteção e investigação de crimes de violência doméstica e sexual contra mulheres; os NUPAVs (Núcleo de Prevenção e Assistência à Violência); canais de atendimento telefônico coordenados pelo NePAV (Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção à Violência); CEAM (Centro Especializado de Atendimento a Mulher) espalhados por diversas regiões administrativas do DF e diversos disque-denúncias, como o 190 (PMDF), 180 (Central de Atendimento à Mulher) e 197 (Polícia Civil do DF).

O conhecimento sobre sinais de suspeita de violência entre mulheres é fundamental para a identificação precoce e prevenção. Mulheres adultas/jovens com companheiros muito controlador, início tardio do pré-natal, infecções urinárias de repetição, dor pélvica crônica, transtornos da sexualidade, depressão, ansiedade, tentativas de suicídio, lesões físicas que não se explicam de forma adequada; e adolescentes/crianças com infecções urinárias, dor ou inchado nas áreas gênicas ou anais, sangramento e lesões, DSTs, baixo controle de esfínteres, enfermidades psicossomáticas, tentativa de suicídio, autoflagelação, comportamento sexual

inadequado para idade ou brincadeiras sexuais agressivas, fugas repetidas da residência (SECRETARIA DE ESTADO DO DF, 2009).

A ocorrência de violência é importante fator de risco para o desenvolvimento de sintomas e quadros psicopatológicos (JUSTINO et. al., 2015; HOHENDORFF, 2017). Assim como é descrito na literatura uma forte associação entre transtornos psiquiátricos e comportamento suicida, sendo o Transtorno Depressivo Maior, de Humor Bipolar e a Dependência de álcool e de outras drogas psicoativas os mais comumente relacionados; a coexistência destas condições é considerada agravante da situação de risco (BOTEGA, 2014). Tal descrição vai ao encontro dos achados desta pesquisa, já que entre as pacientes acompanhadas, 40 (57,9%) apresentavam pelo menos um diagnóstico psiquiátrico; além disso, 18 (45%) apresentavam dois ou mais transtornos. No que diz respeito aos transtornos mentais desenvolvidos após a violência, o Transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) e a Depressão maior (DM) foram os mais frequentes, ambos apresentando uma prevalência de 15 (21,7%) casos, seguidos por Transtorno de Ansiedade Generalizada, com 13 (18,8%), e por Transtorno Bipolar, com 5 (7,2%).

Há uma elevada associação entre grupos vulneráveis, como as vítimas de violência sexual e portadores de transtornos mentais, e as taxas de comportamento suicida (PORTO, 2019). O comportamento suicida envolve um continuum, sendo representado por autoagressões, ideação, ameaças, tentativas e atos suicidas (MS, 2020). O suicídio configura o desfecho mais grave e crítico do processo, não devendo ser entendido como um evento pontual (PORTO, 2019). Estima-se que apenas 1 em cada 3 casos de tentativa de suicídio chegue aos serviços de saúde, de forma que os dados sobre o comportamento suicida são bastante incipientes (BOTEGA, 2014).

Em relação à ideação suicida no momento do acolhimento, 25 (36,2%) pacientes apresentavam. NORMAN et al, 2012, em sua metanálise identificou que indivíduos que sofreram violência sexual possuem três vezes mais chances de apresentar ideação suicida, quando comparados àqueles que não sofreram tal violência. Um estudo transversal, realizado com estudantes paulistas do ensino médio, mostrou que 39,8% dos adolescentes com histórico de violência sexual apresentaram ideação suicida e 16,5% tentaram suicídio (TEIXERA-FILHO, 2013).

Segundo o Boletim Epidemiológico sobre suicídio, do Ministério da Saúde, para cada adulto que se suicida, possivelmente outros 20 tentam o suicídio (BRASIL, 2017). No que se refere às tentativas, 69% são registradas em mulheres, sendo que 33% tentou mais de uma vez (BRASIL, 2017; PORTO, 2019). Neste estudo, cerca de 25 (36,2%) mulheres vítimas de violência sexual apresentaram tentativa de suicídio, ocorridas sempre após a violência sexual e com recorrência de tentativas em 14 (56%) casos. Além disso, 15 (60%) dessas possuíam histórico de ideação suicida. Um estudo retrospectivo, realizado em Lancaster-Inglatera, analisou 269 pacientes que sofreram violência sexual, encontrando 22,3% com história de ao menos uma tentativa de suicídio (CREIGHTON, 2012). Outro estudo transversal realizado com 1560 indivíduos de 18 a 24 anos, em Pelotas-RS, avaliou a prevalência de violência sexual e risco de suicídio, encontrando 48 vítimas de violência sexual, com um histórico de tentativas de suicídio em 29,2% desse grupo. (MONDIN, 2016).

No Brasil, entre 2007 e 2016, a intoxicação exógena foi o meio mais utilizado nas tentativas de suicídio notificadas no país (PORTO, 2019), o que vai ao encontro desta pesquisa, cujas tentativas com medicação ou envenenamento corresponderam a 52% das tentativas. Esses dados mostram o comportamento suicida como um agravante no processo de recuperação dessas vítimas, revelando a gravidade das repercussões da violência sexual.

Entende-se que o atual cenário de pandemia pode elevar a ocorrência da violência doméstica, bem como agravar os sintomas de transtornos mentais nessas vítimas, configurando um risco ainda maior para a ocorrência do comportamento suicida (GUNNEL et. al. 2020).

As elevadas taxas de recorrência das tentativas de suicídio encontradas neste trabalho reforçam a importância da identificação precoce dos casos, com vistas a prevenção do comportamento suicida, incluindo a ocorrência do suicídio consumado, bem como a intervenção imediata em casos selecionados, uma vez que o fator de risco mais relevante para esse desfecho é o histórico de tentativa pregressa (BOTEGA, 2014; PORTO, 2019; MS, 2020).

A maior parte das pacientes, 52 (75,3%) apresentavam registro de rede de apoio; sendo eles amigos e familiares. Dessas, apenas 4 (7,7%) evadiram do

programa, reforçando a importância da rede de apoio na continuidade do acompanhamento. Por outro lado, em relação as mulheres com rede de apoio, 40 (76,9%) tiveram adesão, 7 (13,5%) não adesão e em 5 (9,6%) prontuários não havia essa informação; com relação as mulheres sem rede de apoio, 10 (83,3%) aderiram ao tratamento e 2 (16,7%) não aderiram. Assim, mesmo entre as mulheres sem rede de apoio, observou-se um alto índice de adesão, reforçando a importância do PAV no acolhimento e apoio a essas vítimas.

A taxa de não adesão ao tratamento, 14,4% (n= 10) é um dado importante no processo de acompanhamento e prevenção de outros eventos violentos na vida dessas pacientes. Algumas hipóteses poderiam explicar essas taxas, como o atendimento psicológico do programa ser realizado exclusivamente em grupos, mesmo para pacientes que necessitariam de um atendimento individualizado e a participação nos grupos ser pré-requisito para o acompanhamento psiquiátrico e ginecológico na unidade do PAV; esse aspecto coloca em evidência a carência de profissionais na rede de saúde para o atendimento dessas vítimas, sendo necessárias diversas adaptações para ter uma terapêutica mais universal, em vez de uma terapêutica ideal.

O estudo das vítimas de violências atendidas neste serviço teve limitações, como a ausência de informações importantes para a análise e o acompanhamento das pacientes, destacam-se uso de substâncias/tabaco/álcool, presença de comportamento violento e presença ou não de transtorno mental como os mais limitantes, podendo ter, dessa forma, uma prevalência subestimada. Desde a implantação do serviço, houve mudanças na estrutura do atendimento e na coleta dos dados, sendo que com a implantação da ficha de acolhimento, em janeiro de 2018, a compilação de informações foi otimizada.

Um estudo realizado em Curitiba – PR, em um ambulatório de vítimas de violência sexual, avaliou o fluxo de atendimento das mulheres, por meio de entrevista telefônica às vítimas que evadiram do programa. Estas apontaram, como motivos para a não adesão, a falta de acolhimento dos serviços, constrangimento e sofrimento diante dos profissionais de saúde, a frágil responsabilização entre a mulher e esses profissionais e a busca pela superação da violência (TRIGUEIRO, 2018). Assim, verificar o vínculo e as sensações e reações das vítimas de violência em relação ao

serviço e a seus profissionais, bem como sua perspectiva sobre superação das violências merecem ser avaliados e investigados.

Os investimentos públicos na capacitação e atualização dos profissionais de saúde acerca de tais temas e na identificação precoce de sinais de alerta para o suicídio, treinamentos para o uso e preenchimento correto das fichas de notificação de violências e suicídio, agravos de notificação compulsória imediata, e apoio a pesquisas nos serviços de saúde são ações necessárias para uma assistência de maior qualidade.

Há uma escassez de estudos que relacionem a violência sexual ao risco de comportamento suicida, mostrando a necessidade de desenvolvimento de pesquisas com enfoque nesta temática, por ser um fenômeno complexo e multifatorial, ainda pouco compreendido e que demanda intervenção precoce para a sua prevenção.

6 CONCLUSÕES

Este estudo objetivou analisar o perfil epidemiológico de mulheres que sofreram violência sexual, acolhidas em um serviço de atendimento às vítimas de violência da região central do Distrito Federal, bem como a prevalência do comportamento suicida, como principal repercussão, a fim de conhecer a população, identificar possíveis medidas para a prevenção da violência e do comportamento suicida, bem como melhorar a adesão e o acesso ao serviço.

Observou-se uma elevada prevalência do risco de suicídio nessas vítimas, uma vez que as tentativas ocorreram sempre após a violência sexual. Houve um alto índice de recorrência das tentativas, demonstrando-se a gravidade do problema. Por outro lado, a maior parte das pacientes relatou melhora do quadro, confirmando-se a importância do tratamento e do acompanhamento dessas vítimas. Este e outros trabalhos visam contribuir para a adoção de medidas de prevenção, estratégias de gestão e planejamento de saúde, melhorando o acolhimento e o cuidado com a saúde dessas vítimas, promovendo saúde e bem-estar, como Contemplado nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (PORTO, 2019).

É necessário organizar uma rede de proteção, de maneira multidisciplinar e intersetorial, para que seja ofertada assistência de qualidade às vítimas de violência. Políticas públicas de apoio às vítimas, aliadas à educação da população acerca da temática, inclusive por meio das mídias sociais, podem auxiliar na redução do estigma, aumentando o envolvimento do sistema de saúde de forma integrada. A capacitação de profissionais no acolhimento e atendimento às vítimas, o suporte psicológico para esses profissionais, o investimento nos serviços de atendimento a essas vítimas, bem como a identificação e a notificação dos casos são medidas urgentes a serem tomadas. O apoio dos familiares às vítimas nesse processo de cuidado, de restabelecimento são fundamentais para a reabilitação dessas mulheres.

Este estudo foi pioneiro em trazer o perfil de mulheres atendidas em um Programa de Atenção a Vítimas de Violência no Distrito Federal, revelando informações de suma importância que podem ser utilizadas para um aprimoramento do acolhimento a essas vítimas e reorganização do sistema de saúde e da rede intersetorial para o enfrentamento desse grave problema da nossa sociedade. É

necessário haver investimentos e estímulos ao desenvolvimento de novas pesquisas com essa temática, buscando-se a melhor compreensão da violência e de suas repercussões, especialmente o comportamento suicida, fenômeno bastante prevalente nessa população.

REFERÊNCIAS

AZAMBUJA, M. R. F. **Violência sexual intrafamiliar: é possível proteger a criança?** Revista Virtual Textos & Contextos, 2006.

AZEVEDO, R. C. S. **Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil.** Caderno de Saúde Pública do Rio de Janeiro, 2013.

BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida: epidemiologia.** Psicol. USP, v. 25, n. 3, p. 231236, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365642014000300231&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 de outubro de 2020.

BRASIL, Art. 13 da Lei nº 8069, de 13 de junho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art13>. Acesso em: 16 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio, saber agir e prevenir. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, 2017.

BRASIL, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do idoso. **Ministério da Saúde**, 3ª edição. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf>. Acesso em: 14 out. 2020.

BRASIL. Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006. Dispõe sobre Lei Maria d Penha: cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 14 out. 2020.

BRASIL. **Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio.** Disponível em: <<http://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n%C2%BA-13.819-de-26-de-abril-de-2019-85673796>>. Acesso em: 20 de outubro de 2020.

CABRAL, A. M. G.; et al. **Perfil de mulheres vítimas de abuso sexual atendidas em hospital de ensino.** Arquivo Ciência Saúde, 2015.

CANTERA, L. **Casais e Violência**: Um enfoque além do gênero. Dom Quixote, 2007.

COELHO, E. B. S.; DA SILVA, A. C. L. G.; LINDNER, S. R. **Violência por parceiro íntimo: definições e tipologias**. UFSC, 2018.

CREIGHTON, C. D.; JONES, A. C. **Psychological profiles of adult sexual assault victims**. Journal Forensic and Legal Medicine, 2012.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. **Violência: um problema global de saúde pública**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2007.

DELZIOVO, C. R.; et. al. **Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, 2017.

DESLANDES, S.; et. al. **Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes**. Cad. Saúde Pública, 2011.

DREZETT, J. **Violência sexual contra a mulher e o impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva**. Revista de Psicologia da UNESP, 2003.

FACURI, C. O.; et. al. **Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil**. Caderno de Saúde Pública do Rio de Janeiro, 2013.

FLORENTINO, B. R. B. **As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes**. Revista de Psicologia, 2015.

FORÚM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: 2019.

FORÚM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Visível e Invisível: a Vitimização de Mulheres no Brasil**: 2ª edição. 2019.

HAYECK, C. M. **Refletindo sobre a violência**. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais – RBHCS, 2009.

HOHENDORFF, J. V.; PATIAS, N. D. **Violência sexual contra crianças e adolescentes: identificação, consequências e indicações de manejo**. Barbarói, 2017.

INSTITUTO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **MONITOR DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER NO PERÍODO DE ISOLAMENTO SOCIAL**. Rio de Janeiro: 2020.

JUNIOR, G. L. O.; et. al. **Perfil epidemiológico de Mulheres Vítimas de Violência Sexual**. Revista Saúde, 2016.

KAUKINEN, C. **When Stay-at-Home Orders Leave Victims Unsafe at Home: Exploring the Risk and Consequences of Intimate Partner Violence during the COVID-19 Pandemic**. American Journal of Criminal Justice, 2020.

KRINDGES, C. A.; MACEDO, D. M.; HABIGZANG, L. F. **Abuso sexual na infância e suas repercussões na satisfação sexual na idade adulta de mulheres vítimas**. Contextos Clínicos, 2016.

LEITE, F. M. C.; et. al. **Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil**. Ver. Saúde Pública, 2017.

LIMA, C. A.; DESLANDES, S. F. **Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor de saúde na década de 2000**. Revista Saúde e Sociedade de São Paulo, 2014.

LIRA, M. O. S. C.; et. al. **Abuso Sexual na Infância e suas repercussões na vida adulta**. Texto Contexto Enfermagem, 2017.

MANUAL PARA ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NA REDE DE SAÚDE PÚBLICA DO DF, 2009.

MEES, L. A. **Abuso sexual, trauma infantil e fantasias femininas**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2001.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva**. Hist. cienc. saúde-Manguinhos, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância em saúde no Brasil 2003|2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais**. Bol Epidemiol, 2019.

MOLL, G. **Vítimas de violência contam com atendimento especializado na rede pública de saúde**. Agência Brasília. 2016. Disponível em: <<https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2016/12/26/vitimas-de-violencia-contam-com-atendimento-especializado-na-rede-publica-de-saude/>>. Acesso em: 26 de dez. de 2016.

MONDIN T. C.; et al. **Sexual violence, mood disorders and suicide risk: a population-based study**. Ciência e Saúde Coletiva, 2016.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. **Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política**. Psicologia em Estudo, 2006.

NORMAN, R. E.; et al. **The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis**. PLoS Med, 2012.

NUNES, M. C. A.; LIMA, R. F. F.; MORAIS, N. A. **Violência Sexual contra Mulheres: um Estudo Comparativo entre Vítimas Adolescentes e Adultas**. Psicologia Ciência e Profissão, 2017.

OMS. **Preventing Suicide: A Global Imperative**. Luxemburg: World Health Organization, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 30 de outubro de 2020>.

PARAVENTI, F.; CHAVES, A. C. **Manual de Psiquiatria Clínica**: 1ª edição. Rio de Janeiro: Roca, 2016.

PFEIFFER, L.; SALVAGNI, E. P. **Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência**. Jornal de Pediatria, 2005.

PORTO, D. M. et. Al. **Prevenção ao suicídio**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2019.

PORTO, M. L.; AMARAL, W. N. **Violência sexual contra a mulher: Histórico e conduta**. Revista Feminina, 2014.

REGER, M. et al. **Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019 - A Perfect Storm?** JAMA Psychiatry, 2020. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2764584>>. Acesso em: 30 outubro de 2020.

RIBEIRO, M. A.; FERRIANI, M. G. C.; REIS, J. N. **Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares.** Cad. Saúde Pública, 2004.

SACCO, M. A.; et al. **The impact of the Covid-19 pandemic on domestic violence: The dark side of home during quarantine.** Medico-Legal Journal, 2020.

SANCHES, L. C.; et. al. **Violência sexual infantil no Brasil: uma questão de saúde pública.** Revista Iberoamericana de Bioética, 2019.

SECRETARIA DO ESTADO DO DISTRITO FEDERAL. **Vigilância em Violência.** 07 de nov. de 2017. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/vigilancia-em-violencia/>>. Acesso em: 12 de abr. de 2019.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica.** 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SANT'ANNA, P. A.; BAIMA, A. P. S. **Indicadores clínicos em psicoterapia com mulheres vítimas de abuso sexual.** Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2008.

SANTOS, J. V. T. **A violência como dispositivo de excesso de poder.** Soc. Estado, 1996.

SILVA, M. M. D.; et al. **Assistência e Vigilância em Violência do Distrito Federal sob a ótica do monitoramento e avaliação.** Revista Saúde Debate, 2017.

SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA MULHERES. **Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios.** Brasília: 2005.

SOUZA, T. C. C.; et. al. **Características de mulheres vítimas de violência sexual e abandono de seguimento de tratamento ambulatorial.** Caderno de Saúde Coletiva, 2019.

VASCONCELOS, M. S.; HOLANDA, V. R.; ALBUQUERQUE, T. T. **Perfil do Agressor e Fatores Associados à Violência Contra as Mulheres.** Cogitare Enferm., 2016.

VELOSO, M. M. X.; et. al. **Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil.** Ciência e Saúde Coletiva, 2013.

WORLD HEALTH ORGNIZATION. **Prevention of violence: a public health priority.** Geneva: 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health.** Geneva: 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Ficha de coleta de Dados

FICHA PARA COLETA DE DADOS DA PESQUISA INTITULADA " ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES ATENDIDAS PELO PROGRAMA DE ATENÇÃO A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NO DISTRITO FEDERAL "

1- Nome: _____

2- Data de nascimento: _____

3- Raça: _____

4- Orientação sexual: _____

5- Religião: _____

6- Naturalidade: (☐) Brasília (☐) Outro estado (especificar: _____) (☐) Outro país (especificar _____)

7- Procedência: (☐) Brasília (☐) Outro estado (especificar _____) (☐) Outro país (especificar _____)

8- Telefones: _____

9- Estado civil: (☐) Solteiro (☐) Casado/amasiado (☐) Viúvo

10- Anos de escolaridade: _____

11- Profissão: _____

12- Ocupação atual: _____

13- Você reside: () Com os pais () Com cônjuge\companheiro (a) () Com irmãos () Com outros familiares ou amigos () Só, mas próximo da família () Só, longe da família () Outros (especificar _____)

14- Renda familiar per capita: () Sem renda () Até um salário mínimo () 1 a 3 salários mínimos () Entre 3 e 5 salários mínimos () Mais de 5 salários mínimos

15- Data em que ocorreu a violência sexual: _____

16- Outras violências: () S (especificar _____) () N

17- Local da violência:

- () Residência da vítima
- () Residência do agressor
- () Residência parente
- () Via pública
- () Escola
- () Outro - especificar
- () Não informado

18- Frequência:

19- Duração:

20- Agressor conhecido? () SIM () NÃO

> Se conhecido, qual o relação com o agressor ?

() Familiar:

() Outro, especificar:

> Sexo do agressor:

> Idade do agressor:

21- Teve atraso na revelação do ato: () SIM () NÃO, se sim, quanto tempo?

22- Revelação do ato: espontânea () quando questionada ():

23- Quem notificou o caso:

- () Mãe
- () Vítima
- () Outro familiar
- () Instituição (escola, hospital ou polícia)
- () Sem informação

24- Diagnósticos psiquiátricos: _____

25- Possui outros diagnósticos médicos? S () (especificar _____) N ()

26- Medicamentos que faz uso atualmente: _____

27- Medicamentos que já fez uso anteriormente: _____

28- Adesão ao tratamento:

- () Nenhuma
- () Parcial
- () Total

29- Melhora do quadro:

- () Nenhuma
- () Parcial
- () Total

30- Apresentou comportamento violento? () somente após o adoecimento () somente antes do adoecimento () diminuiu após o adoecimento () intensificou-se após o adoecimento

31- Houve melhora do comportamento violento? () não houve () houve com o tratamento medicamentoso () houve com tratamento não medicamentoso () houve sem nenhum tratamento

33- Apresentou auto-agressão? () somente após o adoecimento () somente antes do adoecimento
() diminuiu após o adoecimento () intensificou-se após o adoecimento

34- Houve comportamento suicida? () SIM () NÃO
>Especificar: () Ideação () Tentativa () Morte

35- Sobre as tentativas de suicídio: Qual o método utilizado e quantas tentativas () Medicamento () Veneno () Arma branca () Arma de fogo () Enforcamento () Outro: qual: _____

36- Uso de bebidas alcoólicas? SIM () NÃO () Tempo e frequência: _____

37- Uso atual de cigarro? SIM () NÃO () Tempo e frequência: _____

38- Uso prévio de cigarro? Quantidade: _____

39- Uso de drogas ilícitas? SIM () NÃO () Tempo e frequência: _____

40- Antecedentes criminais: () SIM () NÃO

41- Situação conjugal:

42- Filhos: () SIM, quantos: _____ () NÃO

43- Antecedentes criminais: () SIM () NÃO

44- Tempo de acompanhamento no PAV:

45- Observações:

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

“Análise do Perfil Epidemiológico de mulheres atendidas pelo Programa de atenção a vítimas de violência no Distrito Federal”

Instituição dos pesquisadores: Centro Universitário de Brasília – UNICEUB

Pesquisador responsável: Gustavo Carvalho de Oliveira

Pesquisadoras assistentes: Laina do Amaral Mascarenhas Paraguassu Tomé e Letícia Rocha Santos Maciel

A Senhorita/Senhora está sendo convidada a participar do Projeto de Pesquisa: “Análise do Perfil Epidemiológico de Mulheres atendidas pelo Programa de atenção a vítimas de violência no Distrito Federal”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Gustavo Carvalho de Oliveira, Laina do Amaral Mascarenhas Paraguassu Tomé e Letícia Rocha Santos Maciel. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias acerca do que estamos desenvolvendo. Sua colaboração neste estudo será de extrema importância para nós. Caso desista a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade), você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso concorde em participar, pedimos que assine este documento elaborado em duas vias.

Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo fornecerá todos os esclarecimentos necessários a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

O objetivo deste estudo é analisar o perfil epidemiológico de mulheres que sofreram violência sexual e fazem acompanhamento no PAV da região central de Brasília, verificando a prevalência e frequência dos tipos de abuso, quem foi o agressor, definindo a prevalência e frequência de transtornos mentais nessas vítimas e verificando a adesão das mulheres ao tratamento das complicações desenvolvidas. A fim de propor medidas que visem a prevenção da violência sexual e sua reincidência e a melhora da adesão das mulheres ao programa. Além de contribuir com pesquisas posteriores na área, tendo em vista a escassez de análise acadêmica desse grupo.

Você está sendo convidada a participar exatamente por ser mulher, vítima de violência sexual e por ter sido atendida no PAV da Asa Norte no período estipulado pelo estudo.

Sua participação será através de consulta e coleta de dados contidos em prontuário médico, por meio de questionário dirigido específico, sendo registrados em banco digital para análise e interpretação estatísticas. Serão mantidos a todo momento em anonimato.

Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo. A pesquisa será realizada no PAV do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN). Este estudo possui riscos mínimos, como o de exposição indevida aos seus dados de prontuário e constrangimento/desconforto/medo/vergonha com dados que possam conter em seu prontuário com violação de sigilo/anonimato médico-paciente.

Com o objetivo de minimizar qualquer risco ou incômodo, o seu prontuário e o banco de dados serão acessados apenas pelos pesquisadores envolvidos no estudo, que se comprometem com a manutenção dos dados em total sigilo.

Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo.

Com sua participação nesta pesquisa você poderá contribuir para a comunidade científica mundial e com maior conhecimento sobre o perfil epidemiológico de mulheres submetidas à violência sexual, atendidas no serviço específico, e, uma vez publicado o trabalho e divulgado para a comunidade científica, poderemos contribuir na elaboração de medidas de prevenção contra a violência sexual, diminuição da reincidência da violência e medidas para melhorar a adesão às vítimas ao programa. Além de contribuir com pesquisas posteriores na área, tendo em vista a escassez de análise acadêmica desse grupo.

Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.

Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.

Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua

participação neste estudo. Também não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo.

Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.

Os dados e instrumentos utilizados, prontuários, questionários e banco digital, ficarão guardados sob a responsabilidade dos pesquisadores, com a garantia de manutenção do mais rigoroso sigilo e confidencialidade, e serão arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade ou que permita identificá-la. Se a Senhorita/Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para os pesquisadores, no telefone (61) 3966-1496 ou entre em contato por email psiquiatragustavo@gmail.com

Este projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UnICEUB e da FEPECS-SES/DF. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade, dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos. Caso haja considerações ou dúvidas referentes aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UnICEUB, ou da FEPECS-SES/DF, que aprovaram esta pesquisa, respectivamente, pelos telefones (61) 3966-1511; (61) 2017-2132 (ramal: 6878) OU pelos e-mails cep.uniceub@uniceub.br; comitedeetica.secretaria@gmail.com. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

Eu, _____,
RG _____, após receber a explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa, concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida à senhorita/senhora.

Brasília, ____ de ____ de ____

Participante

Pesquisador responsável, Gustavo Carvalho de Oliveira,
psiquiatragustavo@gmail.com

Pesquisadora assistente, Laina do Amaral Mascarenhas Paraguassu Tomé, (61) 99939-3373

Pesquisadora assistente, Letícia Rocha Santos Maciel, (61) 99939-3373

Endereço dos(as) responsável(eis) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Centro Universitário de Brasília - UNICEUB

Endereço: 707/907 Norte - Campus do UniCEUB - Bloco 6 – Coordenação do Curso de Medicina

Bairro/Cidade/CEP: Asa Norte – Brasília - 70790-075

Telefone para contato: (61) 3966-1496

Endereço do(a) participante (a):

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /No: /Complemento:

Bairro: / CEP: / Cidade:

Telefone:

Ponto de referência:

Contato de urgência: Sr (a).

Domicílio: (rua, praça, conjunto) Bloco: /No: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade:

Telefone:

Ponto de referência:

ANEXO

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP UniCEUB - Plataforma Brasil

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise do perfil epidemiológico de mulheres atendidas pelo programa de atenção a vítimas de violência no distrito federal

Pesquisador: Gustavo Carvalho de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18841219.1.0000.0023

Instituição Proponente: Centro Universitário de Brasília - UNICEUB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.619.365

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa tem como escopo a análise do perfil epidemiológico de mulheres que sofreram violência sexual e fazem acompanhamento no PAV da região central de Brasília. As informações serão obtidas por meio de levantamento do prontuário médico das pacientes atendidas pelo serviço por meio de questionário dirigido específico.

Em relação aos critérios de inclusão, serão incluídas as pacientes do sexo feminino, atendidas no PAV Asa Norte no período estipulado e vítimas de violência sexual.

Quanto aos critérios de exclusão, serão excluídos os pacientes do sexo masculino e vítimas de outros tipos de violência (caso não inclua a sexual).

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário da pesquisa consiste em analisar o perfil epidemiológico de mulheres que sofreram violência sexual e fazem acompanhamento no PAV da região central de Brasília.

Os objetivos secundários são: 1. Verificar a prevalência e frequência de tipos de abuso (intrafamiliar, extrafamiliar e institucional). 2. Verificar quem foi (ram) o

(s) agressor (es). 3. Definir a prevalência e a frequência de transtornos mentais em vítimas de violência, como o Transtorno Pós-traumático, Transtorno Depressivo, Transtorno de Ansiedade Generalizada, desenvolvidas após o evento de violência sexual. 4. Verificar a adesão das mulheres ao tratamento das complicações desenvolvidas após a violência sexual. 5. Propor medidas que

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar

Bairro: Setor Universitário

CEP: 70.790-075

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3966-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - UNICEUB



Continuação do Parecer: 3.619.365

visem prevenir a violência sexual, a reincidência e melhorar a adesão das mulheres ao programa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador deve apresentar a gradação do risco derivado do acesso ao dados sensíveis das participantes.

O pesquisador informa que enquanto medidas protetivas, "Com o objetivo de minimizar qualquer risco ou incômodo, o seu prontuário e o banco de dados serão acessados apenas pelos pesquisadores envolvidos no estudo, que se comprometem com a manutenção dos dados em total sigilo."

Registra-se que, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, item V - Dos Riscos e Benefícios, "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes. Devem ser analisadas possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coletivo. A análise de risco é componente imprescindível à análise ética, dela decorrendo o plano de monitoramento que deve ser oferecido pelo Sistema CEP/CONEP em cada caso específico".

Com efeito, trata-se de uma pesquisa com risco mínimo na medida em que implica o acesso ao prontuários e a aplicação de um questionário. Sendo assim, a pesquisa não acarreta para o participante risco maior que os encontráveis na prática dos atos ordinários da vida cotidiana.

Com relação aos benefícios, o pesquisador enuncia "Conhecendo-se o perfil básico dessa população, aliados aos demais dados coletados e especificados na metodologia e no questionário em anexo, acreditasse em uma possível contribuição na elaboração de medidas de prevenção contra a violência sexual, diminuição da reincidência da violência, medidas para melhorar a adesão às vítimas ao programa".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa proposta apresenta relevância social e acadêmica.

A pesquisa apresenta cronograma e orçamentos adequados do ponto de vista ético.

O currículo do pesquisador responsável está em consonância com a pesquisa a ser executada.

A presente pesquisa aplica procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes, dessa forma, em relação à análise ética desses procedimentos metodológicos essa implica tão somente a verificação dos riscos que ocasionam para o participante e o seu impacto sobre os direitos dos participantes, quais sejam: ser informado sobre a pesquisa; desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo; ter sua privacidade respeitada; ter garantida a confidencialidade das informações

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar

Bairro: Setor Universitário

CEP: 70.790-075

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3966-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - UNICEUB



Continuação do Parecer: 3.619.365

personais; decidir se sua identidade será divulgada e quais são, dentre as informações que forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública; ser indenizado pelo dano decorrente da pesquisa, nos termos da Lei; e o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa. Ademais, sublinha-se que não cabe ao Sistema CEP/CONEP a análise do desenho metodológico em si. Assim, considerando que os procedimentos metodológicos compreende os seguintes passos: " consulta e coleta de dados contidos em prontuário médico, por meio de questionário dirigido específico, sendo registrados em banco digital para análise e interpretação estatísticas. Serão mantidos a todo momento em anonimato"; constata que não há óbice ético, sob a ótica da Resolução nº 510/16, para a realização da presente pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto encontra-se devidamente preenchida e subscrita.

Verifica-se o Termo de Aceite Institucional.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresenta linguagem adequada, bem como seu conteúdo contém todos os elementos exigidos na Resolução nº 466/12.

Recomendações:

O CEP-UniCEUB ressalta a necessidade de desenvolvimento da pesquisa, de acordo com o protocolo avaliado e aprovado, bem como, atenção às diretrizes éticas nacionais quanto aos incisos XI.1 e XI.2 da Resolução nº 466/12 CNS/MS concernentes às responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do projeto:

XI.1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

XI.2 - Cabe ao pesquisador:

- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não

Endereço: SEP/707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar

Bairro: Setor Universitário

CEP: 70.790-075

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3966-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB**



Continuação do Parecer: 3.619.365

publicação dos resultados.

Observação: O envio de relatórios deverá ocorrer pela Plataforma Brasil, por meio de notificação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está aprovado para iniciar a coleta de dados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo aprovado ad referendum pelo CEP-UniCEUB, com parecer n. 3.617.133/19, tendo sido homologado pela coordenação em 3 de outubro de 2019.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1300198.pdf	22/09/2019 23:15:46		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEPALTERACOES.docx	22/09/2019 20:13:29	Gustavo Carvalho de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/09/2019 20:13:19	Gustavo Carvalho de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	img022.pdf	12/08/2019 13:58:16	Gustavo Carvalho de Oliveira	Aceito
Outros	anuenciahran.pdf	12/08/2019 13:54:30	Gustavo Carvalho de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar

Bairro: Setor Universitário

CEP: 70.790-075

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3966-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB**



Continuação do Parecer: 3.619.365

publicação dos resultados.

Observação: O envio de relatórios deverá ocorrer pela Plataforma Brasil, por meio de notificação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está aprovado para iniciar a coleta de dados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo aprovado ad referendum pelo CEP-UniCEUB, com parecer n. 3.617.133/19, tendo sido homologado pela coordenação em 3 de outubro de 2019.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1300198.pdf	22/09/2019 23:15:46		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEPALTERACOES.docx	22/09/2019 20:13:29	Gustavo Carvalho de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/09/2019 20:13:19	Gustavo Carvalho de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	img022.pdf	12/08/2019 13:58:16	Gustavo Carvalho de Oliveira	Aceito
Outros	anuenciahran.pdf	12/08/2019 13:54:30	Gustavo Carvalho de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar

Bairro: Setor Universitário

CEP: 70.790-075

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3966-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br